

Aus der Wissenschaftlichen Einrichtung Radiologie
der Freien Universität Berlin im Klinikum Steglitz

BERICHT ÜBER DIE NACHGEHENDE GESCHWULSTFÜRSORGE
IN EINEM WESTBERLINER STADTBEZIRK (Charlottenburg)

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an den

Medizinischen Fachbereichen der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Monika Jahns, geb. Schütter

aus Berlin

1972



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Wissenschaftlichen Einrichtung Radiologie
der Freien Universität Berlin im Klinikum Steglitz

Bericht über die nachgehende Geschwulstfürsorge
in einem Westberliner Stadtbezirk (Charlottenburg)

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Monika Jahns, geb. Schütter
aus Berlin

Referent: Professor Dr. med. Heinz Oeser
Korreferent: Professor Dr. med. Herbert Genz



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin.

Promoviert am: 7.11.1972

INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite</u>
I. Aufgabe des Berichtes: Wesen der nachgehenden Geschwulstfürsorge, Würdigung der Fürsorgerinnenarbeit, Auswertung von Karteikarten	1
II. Gesetzlich geregelte Leistungen für die Krebs - Nachsorgepatienten	3
1. Aufzählung der Gesetze mit geschichtlichem Rückblick	
2. Gesetzlich gewährte Leistungen	
III. Aufgabe und Struktur der nachgehenden Geschwulstfürsorge	11
1. Ihre Aufgabe innerhalb des komplexen Gebietes der Krebsbekämpfung	
2. Einblick in die Arbeit der Fürsorgerinnen anhand eines Wochenplanes	
IV. Patientengut der nachgehenden Geschwulstfürsorge	14
1. Welcher Patientenkreis wird erfaßt und betreut?	
2. Wie erfolgen Meldung und Weitermeldung der Patienten?	
3. Die Erfassung der Patienten in der Kartei	
V. Auswertung des Patientengutes einer Bezirksstelle für die nachgehende Geschwulstfürsorge	19

VI. Ergebnis der Arbeit in bezug auf die Patientenbetreuung und die Erfassung von Krankheitsdaten in den Karteien	35
VII. Zusammenfassung	37

LITERATURVERZEICHNIS

DANKSAGUNG

LEBENS LAUF

I.

Aufgabe des Berichtes: Wesen der nachgehenden Geschwulstfürsorge, Würdigung der Fürsorgerinnenarbeit, Auswertung von Karteikarten

"Früherkennung und Nachsorge sind die Eckpfeiler für eine erfolgreiche Krebsbehandlung" (9). Dieser Bericht soll sich ausschließlich mit der Nachsorge befassen. Dem zu Recht bestehenden deutlichen Überwiegen der Propagation der Früherkennung in Literatur und Massenmedien soll gegenübergestellt werden, daß auch die Nachsorge von größter Bedeutung ist. Sie ist nicht nur ein ärztliches Problem und benötigt zur Lösung eine große Anzahl von Helfern (10).

Nach einem kurzen Rückblick auf die Entstehungsgeschichte der Einrichtung "Nachgehende Geschwulstfürsorge" und die damit verbundene Gesetzgebung soll die Arbeit der Fürsorgerin dargestellt und gewürdigt werden. Da sich für diese ein enger Kontakt zu Arzt und Patient entwickelt, ergibt sich eine weitgehende Kenntnis vom Schicksal des einzelnen Patienten. Die daraus resultierenden Eintragungen in den Karteikarten sind die Grundlage für die Auswertung am Ende dieses Berichtes, die sich auf 857 Verstorbene und 127 5-jahresgeheilte Patienten des Jahres 1970 bezieht.

Für diesen Bericht wurde der westberliner Stadtbezirk Charlottenburg gewählt, da er bei großer Bevölkerungszahl und wichtigen Behandlungszentren (Klinikum

Westend und Universitäts - Frauenklinik) einen guten Einblick in die Geschwulst-Nachsorge Westberlins bietet.

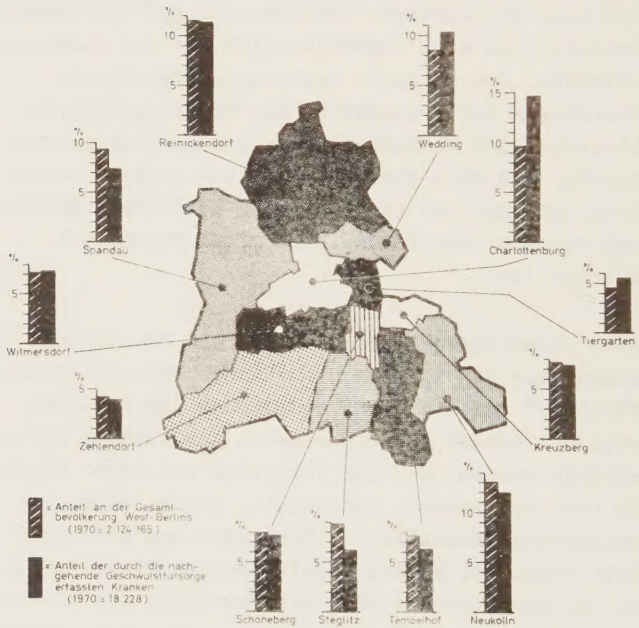


Abb. 1 Anteil an der Gesamtbevölkerung Westberlins in den einzelnen Stadtbezirken sowie deren Anteil der durch die nachgehende Geschwulstfürsorge erfassten Krebskranken (in %; 1970)

II.

Gesetzlich geregelte Leistungen für die Krebs- nachsorgepatienten

1. Aufzählung der Gesetze mit geschichtlichem Rückblick

Die gesetzlichen Leistungen, die der Krebs-
kranke bei der nachgehenden Geschwulstfürsorge
in Anspruch nehmen kann, sind im Bundessozial-
hilfegesetz von 1962 und dessen Neufassung
1969 verankert. Das BSHG brachte eine Zusammen-
fassung und Neuordnung des gesamten Fürsorge-
rechtes in der Bundesrepublik Deutschland (23).
Es sagt Sozialhilfe demjenigen zu, der sich
nicht helfen kann, entweder keine, oder nur un-
genügende Vorsorge getroffen hat. Sie umfaßt
Hilfe für den Lebensunterhalt in besonderen
Lebenslagen. Ihre Aufgabe ist es, dem Empfänger
der Hilfe die Führung eines Lebens zu ermöglichen,
das der Würde des Menschen entspricht. Formen
der Sozialhilfe sind:

- a) Persönliche Hilfe
- b) Geldleistungen
- c) Sachleistungen

Die Arten der Hilfe in besonderen Lebenslagen
umfassen unter anderem:

- a) Krankenhilfe
- b) Eingliederung für Behinderte

- c) Hilfe für Pflege
- d) Hilfe für Weiterführung des Haushaltes (23)

Außerdem besteht die Möglichkeit von Verschickungen und der Ausstellung eines Schwerbeschädigten - Ausweises.

Die Diagnose Krebs ist nicht nur für den Patienten von einschneidender Bedeutung; auch die Familie wird durch den Charakter dieser Erkrankung (ungewisser Ausgang, langwierige Behandlungszeiten, Umstellung des gesamten persönlichen und beruflichen Lebens) in stärkster Weise belastet. Es galt hier also, ein zusätzliches Problem zu lösen, nämlich das der wirtschaftlichen Sicherung von Krebskranken und deren Familie. Auler (1) weist bereits 1934 auf das Schicksal einer hohen Zahl von Kindern hin, das durch den Tod eines Elternteiles an Krebs und die damit verbundene wirtschaftliche Not eine ungünstige Wendung erhielt.

Die Anfänge einer organisierten Krebsbekämpfung in den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts beruhten auf privatem Elan und waren ohne amtlichen Charakter. Nach 1933 wurde über mehrere Entwicklungsstadien die "Reichsarbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung" gegründet (1). Die ersten rechtlichen Grundlagen wurden mit dem "Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" von 1934 und seinen drei Durchführungsverordnungen von 1935 geschaffen (47). Schon damals wurden Krebsberatungsstellen gefordert, deren Mitarbeiter (Praktischer Arzt, Facharzt, Fürsorgerin) ständig über den Zustand des

einzelnen Patienten informiert sein sollten (1). Außerdem betonte man, das Medizinstudium müsse auch auf die Krebsbekämpfung ausgerichtet werden, eventuell durch Koppelung mit dem Fach Hygiene (1). (Dieses Thema wurde später auf dem IX. Krebskongreß in Tokio 1966 aufgegriffen. In der UdSSR und in den USA kennt das Medizinstudium bereits das Fach Onkologie.)

1939 berichtete Maier (24) aus Wien über Erfolge mit einer zentralen Krebsbekämpfungsstelle, um die nachgehende Beobachtung der Krebskranken zu gewährleisten und später "an Hand dieser Schicksalskartei einen Überblick über die Erfolgsmöglichkeiten des chirurgischen und strahlentherapeutischen Vorgehens zu schaffen".

In Berlin existierte bereits 1934 ein Geschwulst-Ambulatorium im Rudolf-Virchow-Krankenhaus. Jedoch erst 1942 ordnete das Hauptgesundheitsamt die Einrichtung von Fürsorgestellen für Geschwulstkranke an ("Vorsichtsuntersuchungen" für Frauen). Durch den kriegsbedingten Mangel an Ärzten und Fürsorgereinen war die Errichtung von mehreren Fürsorgestellen allerdings nicht möglich. Im Jahre 1944 bestanden drei Geschwulstberatungsstellen (49):

- a) Rudolf-Virchow-Krankenhaus unter Prof. Stickel und Oberarzt Dr. Rödel
- b) Städt. Krankenhaus Neukölln unter Chefarzt Dr. Neumann und Oberarzt Dr. Pschyrembel
- c) Institut für experimentelle Krebsforschung unter Dr. Baatz

Außerdem bestand seit 1938 als Einrichtung des Landes Preußen in der früheren Frauenklinik von Strassmann in der Schumannstr. 20 die Universitätsklinik für Geschwulstkranke unter der Leitung von Sauerbruch (Chirurg), Frik (Strahlentherapeut) und Auler (Geschwulstkliniker).

Der Berliner Gynäkologe Dr. H. Baatz, der eine Praxis am Kurfürstendamm 28 führte und gleichzeitig das Institut für experimentelle Krebsforschung der Universität Berlin in der Harwickstraße 5a (Nähe Bahnhof Friedrichstraße) leitete, eröffnete in dem unter c) genannten Institut eine städtische Beratungsstelle für weibliche Geschwulstkranke, die durch den "Reichsausschuß für Krebsbekämpfung" befürwortet wurde. Angeregt durch Dr. Baatz, der die Einrichtung einer nachgehenden Fürsorge für ebenfalls dringend erforderlich hielt, wurde vom Hauptgesundheitsamt eine Fürsorgerin eingestellt (Frau Haisler-Striewoll), der die nachgehende Fürsorge in der Bekämpfung der Geschwulstkrankheiten oblag. Sie war außer im Ambulatorium des Rudolf-Virchow-Krankenhauses einmal wöchentlich in der Ausfallstelle Eberswalde tätig. Das vorhandene Material an Krankengeschichten wurde von ihr nach folgenden Hauptgebieten gesichtet:

- a) Neuaufnahmen
- b) Erfassung von bereits in Behandlung befindlichen Fällen
- c) Meldung über verabsäumte Weiterbehandlung (49)

Da die Krebsbekämpfung kein ausschließlich ärztliches Problem ist (4), sondern ein Problem der "öffentlichen Gesundheitsfürsorge und der staatlichen Hilfeleistung geworden ist, wurde schon früh die Forderung laut, die nachgehende Fürsorge von staatlichen Stellen zu fördern" (25). In Berlin wurde am 22.7.1949 im Landesgesundheitsamt auf Initiative von Senatsrat Dr.med. C. Meyer die "Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung" konstituiert. Die nachgehende Fürsorge war bereits Anfang 1947 als erste Einrichtung zur Krebsbekämpfung nach dem Kriege aufgebaut worden (25). Auch aus anderen Bundesländern wurden die Gründungen von Arbeitsgemeinschaften, die der Krebsbekämpfung dienen, bekannt, nachdem "Hilferufe aus Ärzteschaft, überfüllten Krankenhäusern, Mitteilungen der Versicherungsgesellschaften, von karitativen Organisationen und Berichten aus Standes- und Laienpresse auf die steigende Anzahl und die Not der Krebskranken hingewiesen hatten" (10).

1951 wurde in Marburg der Deutsche Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung gegründet, der aus 12 Landesausschüssen, u.a. dem Ausschuß in Berlin, besteht. In Berlin handelte es sich anfangs um eine zentrale Krebs-Nachfürsorge, und nicht, wie heute, um eine bezirklich gebundene Einrichtung. Es wurden bis Ende 1952 7568 Nachfürsorge-Patienten erfaßt (25). Heute betreut allein der Bezirk Charlottenburg fast die Hälfte dieser Zahl in einem Jahr.

Insgesamt gab es 1950 in Berlin 33 000 bekannte Krebsfälle; da diese Zahl ständig im Ansteigen begriffen

war, wurden Geschwulstberatungsstellen eingerichtet (27). Der Deutsche Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung gab eine Denkschrift heraus mit dem Ziel, die Aufmerksamkeit von Bevölkerung, Organisationen, Behörden und gesetzgebenden Körperschaften darauf hinzulenken, daß - verglichen mit Tuberkulose und anderen Erkrankungen - die Gesunderhaltung und wirtschaftliche Sicherung der Krebskranken bei dem damaligen Stand der Fürsorgeeinrichtungen und der Sozialversicherung noch erhebliche Lücken aufwies. (Die Frage des Kostenträgers war damals noch nicht geklärt.)

Die Denkschrift sah vor, die nachgehende Krebsfürsorge den Sozialversicherungsträgern, die Behandlungskosten den Rentenversicherungsträgern zu übertragen. Beide Punkte wurden von der Verfasserin eines diesbezüglichen Artikels (v. Renthe-Fink) kritisiert, da Krebs- und Tuberkulosebekämpfung nicht die gleichen sozialhygienischen Probleme darstellten (30). (Tbc: Seuchencharakter der Erkrankung und damit Gefährdung der Gemeinschaft durch den einzelnen Erkrankten, negative Beeinflussung der Erkrankung durch schlechte soziale Verhältnisse (34).)

Durch Beschluß des Abgeordnetenhauses (1955) war der Senat von Berlin beauftragt worden, eine Vorlage zur Intensivierung der Bekämpfung von Krebskrankheiten vorzulegen. Diese schwierige Aufgabe wurde von Senatsrat Dr. C. Meyer übernommen (49). 1960 wurde die bis dahin zentral geleitete Krebsbekämpfung und damit auch die nachgehende Geschwulstfürsorge an die einzelnen westberliner Stadtbezirke abgegeben.

2. Gesetzlich gewährte Leistungen

In Berlin wird grundsätzlich nach dem BSHG gearbeitet, hinzukommen jedoch Richtlinien vom Senat. Die oben aufgeführten Gesetze ermöglichen den Krebskranken in der Betreuung durch die nachgehende Geschwulstfürsorge folgende Leistungen:

a) Hilfe zur Pflege

Hier geht es in erster Linie um eine Hauspflege. Die Fürsorgerin kann, je nach Gesundheits- und Kräftezustand des Patienten 3 - 6 -mal wöchentlich für 2 Stunden eine Hauspflege beantragen. Die Hauspflegekräfte sind speziell für diese Arbeit ausgebildet und werden von den freien Verbänden (Caritas, Diakonisches Werk, Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz, Paritätischer Wohlfahrtsverband) gestellt. Die Kosten (der Stundenlohn beträgt z.Zt. 6,80 DM) übernimmt der Staat oder der Patient selbst, in den ersten vier Wochen in besonderen Fällen die Krankenkasse.

b) Ausstellung eines Schwerbeschädigtenausweises

Die Fürsorgerin beantragt für den Patienten diesen Ausweis. Der Grad der Schwerbeschädigung beträgt für einen Krebskranken mindestens 50 %, kann im Einzelfall jedoch höher liegen. Allerdings besteht die Möglichkeit, daß der Ausweis nach einer 5-Jahresheilung wieder eingezogen wird.

c) Verschickungen

Im Land Berlin kann der Patient, je nach Anspruch, von der BfA, der LVA und/oder dem Senat verschickt werden. Es handelt sich um sogenannte Genesenden- oder Festigungskuren. Sie erfolgen im Anschluß an Operation und/oder Bestrahlung, aber nur, wenn z.Zt. keine Metastasierung und keine Rezidive vorhanden sind.

Die BfA handelt im Hinblick auf die Verschickungen Krebskranker großzügig; sie verschickt bis zu 3mal nacheinander, es werden auch krebskranke Rentner verschickt. Die LVA verschickt nur arbeitsfähige Patienten, ausgenommen also Rentner. Anspruch auf Senatsverschickungen haben alle krebskranken Patienten. Sie erfolgen in einem Zeitraum bis zu 5 Jahren nach Operationen und/oder Bestrahlungen. Die wirtschaftliche Lage der Patienten ist für die Verschickungen nicht ohne Bedeutung. Es wird ein Fragebogen ausgefüllt, aus dem die finanziellen Verhältnisse des Patienten zu ersehen sind. Ein Patient, dessen monatliche Einkünfte eine bestimmte Summe übersteigen (Freibetrag: 600.-- DM plus Miete plus 150.-- DM pro Familienmitglied), muß zu den Kurkosten beitragen.

Trotz z.Zt. noch fehlender Erfolgsziffern im Hinblick auf eine verbesserte Heilung (4), sind die Nachkuren ein Fortschritt. Sie bieten dem Kranken durch Aufenthalt und Therapie in den großen Krebsbehandlungszentren die Zuversicht auf Heilung und Wiedereingliederung in Beruf und Familie. Außerdem besteht für den Arzt,

noch mehr als in der nachgehenden Fürsorge, die Möglichkeit, behandlungsfähige Rezidive oder noch angehbare regionale Metastasierung frühzeitig zu entdecken.

Zahlreiche Verfasser (2, 11, 15-20, 22, 36, 39, 40-43) beschäftigen sich vorwiegend mit dem Problem der Rehabilitation durch die Nachkuren. Besondere Leistungen auf diesem Gebiet erbrachten Heyde, Trüb und Humperdinck, die in ihren Arbeiten Erfolge auf mehreren Gebieten darlegten: Verlängerung der geschwulstfreien Zeit, Verbesserung der Heilungsziffer und Verhinderung ständiger Erwerbsunfähigkeit. Hinzu kommt, daß der Patient psychisch gestärkt wird, da er sich durch Umschulung in eine andere Tätigkeit wieder als vollwertiges Mitglied in Familie, Beruf und Gesellschaft fühlt.

Neben der im Vordergrund stehenden Sorge, schwer krank zu sein, bestand bislang das Problem der wirtschaftlichen Bedrängnis, die nach Aussteuerung (1960: nach 26 Wochen, 1967: nach 78 Wochen) die Familie voll traf. Heute ist die Kostenfrage (23,26) weitestgehend gelöst, da nach den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung (Kranken- und Rentenversicherungsträger) die oben aufgeführte Sozialhilfe mit ihren umfassenden Leistungen ergänzend eingreifen kann.

III.

Aufgabe und Struktur der nachgehenden Geschwulstfürsorge

1. Ihre Aufgabe innerhalb des komplexen Gebietes der Krebsbekämpfung

Im Bericht über die fürsorgerische und organisatorische Krebsbekämpfungsaktion in Berlin 1945 - 1952 (25) wird die Bedeutung der nachgehenden Geschwulstfürsorge besonders herausgestellt und ihr Aufgabengebiet abgesteckt. "Sie hat den Krebserkrankungen nachzugehen und durch termingemäße Wiedervorstellung bei den behandelnden Ärzten das Auftreten von Rezidiven rechtzeitig zu entdecken und einer Behandlung zuzuführen. Es ist weiter ihre Aufgabe, soziale und wirtschaftliche Hilfe für den Krebskranken zu organisieren." (25)

Sinn der Nachsorge und erst durch sie möglich soll eine lückenlose Verlaufsbeobachtung aller Patienten sein (13). Der Fürsorgerin obliegt es also, neben der Führung der Statistik die Patienten bei Ausbleiben zur Nachuntersuchung zu mahnen, bei mehrmaligem Nichterscheinen durch Hausbesuche den Allgemeinzustand des Patienten zu erfahren (28).

2. Einblick in die Arbeit der Fürsorgerinnen anhand eines Wochenplanes

Zur Zeit sind im Bezirk Charlottenburg in der nachgehenden Geschwulstfürsorge 3 Fürsorgerinnen, 1 Schreibkraft und eine Notstandsangestellte tätig. Um einen genauen Überblick von der täglichen Arbeit dieser Abteilung zu bekommen, sei im folgenden auf den Wochenplan der Fürsorgerinnen eingegangen:

Montag

V: Sprechstunde im Gesundheitsamt, fürsorgerische Beratung von bekannten, aber auch neu gemeldeten Krebskranken, Besucherzahl schwankt zwischen 10 und 20, Ausgabe von Zellstoff

N: Schreibarbeiten, Hausbesuche

Dienstag

V: zur ärztlichen Rectum-Sprechstunde in der Chirurgischen Abteilung des Klinikum Westend

N: Ab 12.00 Uhr finden Vor- und Nachuntersuchungen bei Patienten statt, die entweder mit einem Überweisungsschein vom Hausarzt kommen, teils aus eigenem Antrieb wegen Darmbeschwerden diese Sprechstunde aufsuchen und außerdem bereits bekannte Patienten mit Rectum-Carcinom.

Mittwoch

V: zur ärztlichen Sprechstunde im Klinikum Westend.
Es erscheinen zur Nachuntersuchung bestellte Patienten, die wegen eines Carcinoms unterschiedlicher Lokalisation (z.B. Mamma, Prostata, Rectum) bestrahlt wurden. Im Anschluß daran findet eine weitere ärztliche Sprechstunde in Gegenwart einer Fürsorgerin statt, bei der Radiologen und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte für bereits bekannte Patienten (ambulante und stationäre) die weitere Therapie festlegen.

N: Schreibarbeiten

Donnerstag

V: Schreibkraft überträgt in der Hämoblastose-Abteilung des Klinikum Westend Befunde. Die Fürsorgerinnen erledigen Schreibarbeiten im Amt.

N: 1 Fürsorgerin ist anwesend bei der Vorsorgeuntersuchung für gynäkologische Carcinome und das Mamma-Carcinom (Frauenklinik Pulsstraße).

Freitag

V: in der gleichen Klinik finden die Nachuntersuchungen von weiblichen Genital- und Mamma - Carcinomen statt (40 - 50 Patientinnen)

N: Schreibarbeiten, falls am Vormittag weniger Patientinnen zur Nachuntersuchung erscheinen

Bei der ärztlichen Untersuchung werden der Allgemeinzustand des Patienten, der Verlauf der Erkrankung, eventuell beginnende Metastasierung oder ein Rezidiv eingetragen. In der Universitäts - Frauenklinik wird außerdem das Körpergewicht von jeder Patientin registriert. Ist eine Verschlechterung eingetreten, erfolgt in der Regel eine stationäre Einweisung, ist eine Besserung nicht mehr möglich, der Patient jedoch in einem desolaten Zustand und keine Pflegemöglichkeit durch Angehörige oder Bekannte vorhanden, wird die Hospitalisierung eingeleitet.

IV.

Patientengut der nachgehenden Geschwulstfürsorge

1. Welcher Patientenkreis wird erfaßt und betreut?

Im Bezirk Charlottenburg werden die Carcinompatienten erfaßt, die

- a) in Charlottenburg wohnen und in einem der hier gelegenen Krankenhäuser (privat, staatlich oder gemeinnützig) behandelt werden,

- b) in Charlottenburg wohnen, jedoch in einem bezirksfremden Krankenhaus behandelt werden und
- c) in einem anderen Bezirk wohnen, jedoch in einem Charlottenburger Krankenhaus behandelt werden.

2. Wie erfolgen Meldung und Weitermeldung der Patienten?

In der Regel erfolgt die Meldung eines krebserkrankten Patienten aus dem behandelnden Krankenhaus mittels einer weißen Karteikarte (s. Abb. 2), die über die Fürsorgerin der nachgehenden Geschwulstförsorge erhältlich ist. Seltener wird ein Patient vom praktizierenden Arzt gemeldet. Diese Meldung erfolgt durch Arztbrief oder Anruf, wobei die Angaben von der Fürsorgerin ebenfalls auf eine weiße Karteikarte übertragen werden. Die Meldung beruht auf freiwilliger Basis, da es in der Bundesrepublik keine Meldepflicht für Krebserkrankungen gibt. Die Karteikarte wird an den Senator für Gesundheit und Umweltschutz weitergeleitet. Dort erfolgt die Registrierung; die obere linke Ecke wird abgetrennt und die Karte dann an die nachgehende Geschwulstförsorge zurückgesandt. Für bezirksfremde Patienten wird von der Fürsorgerin eine Abschrift der weißen Karteikarte angefertigt, die ebenfalls an den Senator geschickt wird, der sie nach der Registrierung an den Wohnbezirk weiterleitet. Das Duplikat der weißen Karte, eine gelbe Karte, verbleibt in der Fürsorgestelle des Bezirkes, in dem der Patient behandelt wurde und nun weiter überwacht wird. Die ärztliche Betreuung beider Patientengruppen (bezirksansässige und bezirksfremde) erfolgt in Charlottenburg.

... für
...
...

Januar	Februar	März	April	Mal	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
Name			Vorname			Beruf		Geburtsort	Wohnung (Postleitzahl und Bezirk)		
			erlernt: ausgeübt:								
Familienstand: led., verh., verw., gesch.*						Bei Frauen: Zahl der geborenen Kinder (ohne Fehlgeburten)					
Aufnahme Nr./Jahr	Station	Aufnahmetag Entlassungstag	Sitz und Art der Primärgeschwulst					histologisch gesichert ja, nein ggf. Befund:			
		A. E.									
Berichtende Stelle:						Hausarzt:					
Erste Anzeichen wann:						Zum Arzt am:					
Diagnose gestellt am:						Art der Op. am:					
durch PE, Zytologie, andere Methoden:*) welche:						Behandlung: (prä- oder postoperativ) mit*) I. Ionisierenden Strahlen Röntgen Betastrahl Cobalt-Großstrahlungsquelle Cesium-Großstrahlungsquelle Radium sonstigen radioaktiven Substanzen (z. B. Cobalt Gold, Jod, Phosphor) II. Cytostatika III. Hormonen					
durch Untersuchung der Geschwulstberatungsstelle ja / nein											
Rezidiv: ja/nein			Kachexie:								
Jahr der Erstbehandlung:			ja / nein								
Metastasen: ja / nein											
Sitz:											
Fälle bei Verwandten:											
a) bei wem?											
b) Sitz:											
Wirtschaftliche Lage: gut*) ausreichend*) schlecht*)											
						verstorben am:					
						wo:					
						Todesursache:					

*) Zutreffendes unterstreichen
 Ges 91 Karteikarte Geschwulstfürsorge
 Maß 3470 A 5

Abb. 2

4. Die Erfassung der Patienten in der Kartei

Nach der Meldung an den Senat beginnt die eigentliche fürsorgerische Arbeit. Optimal wäre jetzt ein erster Hausbesuch, der aber aus Personalmangel nur in dringenden Fällen erfolgen kann. Meistens ist nur ein Anschreiben möglich, um auf die Einrichtung der nachgehenden Geschwulstfürsorge aufmerksam zu machen und die Sprechzeiten bekanntzugeben. Die größte Zahl der Patienten kommt selbst in die Sprechstunde; bei Bettlägerigkeit erfolgt ein Hausbesuch. Aus dem Gespräch mit der Fürsorgerin ergeben sich die weiteren Hilfsmaßnahmen. Diese und das Besuchsdatum werden auf der Karteikarte notiert. Der Patient ist jetzt erfaßt und bekannt. Der Termin der nächsten Untersuchung wird jeweils vom behandelnden Arzt festgesetzt und ebenfalls auf der Karteikarte vermerkt.

Für eine möglichst umfassende, aussagekräftige und übersichtliche Karteiführung ist es notwendig, die einzelnen Patientenkarten nach besonderen Gesichtspunkten zu ordnen. Es werden folgende, in sich abgeschlossene Karteien geführt:

a) Suchkartei

b) Kartei der Lebenden, aufgeschlüsselt nach dem behandelnden Krankenhaus:

Klinikum Westend

Strahlen-Klinik und Poliklinik

Chirurgie

Hämoblastose-Abteilung

Universitäts-Frauenklinik

Gynäkologische Carcinome

Mamma - Carcinome (bestrahlt und/oder operiert)

DRK-Krankenhaus Jungfernheide

gesamtes Patientengut mit bösartigen Neubildungen

Schloßpark-Klinik (privat)

Chirurgie

- c) Betreute 5-Jahresheilungen
- d) Abgelegte 5-Jahresheilungen
- e) Nicht mehr betreute Patienten
- f) Patienten in privater Behandlung
- g) Patienten, die in anderen Bezirken überwacht werden, jedoch in Charlottenburg wohnen
- h) Kartei der Verstorbenen

Neben der Führung dieser Kartei werden dem Senat vierteljährlich bestimmte Zahlen gemeldet; da sich im Anschluß eine Auswertung der Verstorbenen und 5-Jahresgeheilten des Jahres 1970 befindet, seien auch die übrigen Angaben diesem Jahrgang entnommen:

Erstmalig erfaßte Patienten	: 1282
Im Klinikum Westend notierte Untersuchungs-Befunde	: 14950
Fürsorgerische Beratungen in Klinik und Gesundheitsamt	: 1550
Hausbesuche	: 395
Veranlaßte Genesungsverschickungen	: 354

Beantragte Pflegegeldzulagen	:	75
Anträge für Hauspflege	:	54
Veranlaßte Hospitalunterbringungen	:	6
Anträge für Schwerbeschädigtenausweis	:	125
Arzt- und Patienten Anfragen	:	3096
Meldung von Rezidiven	:	392
Einwohnermeldeamt- und Revieranfragen	:	3247
Vorsorgeuntersuchungen in der Frauen- klinik Pulsstraße	:	614
Zytologische Untersuchungen in der Frauenklinik Pulsstraße	:	8643
Verstorbene Patienten	:	1072
5-Jahresgeheilte Patienten	:	127
Patienten, die nach einer 5-Jahres- heilung weiter betreut werden	:	, 950
Betreute Patienten insgesamt	:	3355

Die Angaben beziehen sich auf das Kalenderjahr 1970.

V.

Auswertung des Patientengutes einer Bezirksstelle
für die nachgehende Geschwulstfürsorge

Im Bezirk Charlottenburg waren 1970 insgesamt 2327
CarcinomTräger gemeldet. Von den in diesem Jahr ver-
storbenen Patienten (857) wurden die Karteikarten
ausgewertet. Bei der Auswertung wurden außerdem 127
Patienten berücksichtigt und erfaßt, die in diesem Jahr

erstmal 5 Jahre tumorfrei waren, die sogenannten "Fünfjahresheilungen". Diese Einteilung erfolgte willkürlich unter der Vorstellung, abgeschlossene Fälle (Verstorbene) bzw. nicht mehr oder nur noch teilweise betreute Patienten (Fünfjahresgeheilte) seien im Hinblick auf Verlauf und Behandlung aussagekräftiger als solche, die gerade gemeldet oder aber erst 2-3 Jahre durch die nachgehende Fürsorge betreut wurden.

Anhand des Markierungsbogens (s. Abb. 2a), bei dessen Anlage Bezug auf die Karteikarte genommen wurde, waren eigentlich Informationen zu erwarten, die einen guten Überblick über das Schicksal des einzelnen Patienten hätten geben können. Beim Erfassen der einzelnen Karteikarten stellte sich heraus, daß nur ein sehr geringer Anteil von ihnen wirklich vollständig ausgefüllt worden war. Die Ursachen dafür können nicht allein beim jeweils meldenden Arzt (Praktischer Arzt bzw. behandelnder Arzt im Krankenhaus) gesucht werden. Oft wird das Carcinom so spät erkannt, daß eine ausführliche Erhebung der Anamnese aufgrund des schlechten Allgemeinzustandes oder durch zerebralsklerotische Veränderungen des Patienten nicht mehr möglich ist. Es kommt erschwerend hinzu, daß keine Meldepflicht für bösartige Neubildungen besteht und die jeweilige Meldung durch den behandelnden Arzt freiwillig erfolgt. Aus dem ausgewerteten Karteikartenmaterial geht hervor, daß die Meldungen, die durch die Universitäts-Frauenklinik in der Pulsstraße und das Klinikum Westend erfolgen, besonders zuverlässig sind. Außer von diesen beiden Universitätskliniken kommen Meldungen aus allen anderen Krankenhäusern in Charlottenburg (6 städtische, 11 gemeinnützige und 2 private mit insgesamt 3854 Normalbetten)

Nachgehende Geschwulstförsorge - CHARLOTTENBURG -											
10 20 30 40 50 60 70 80 90 ALTER BEI THERAPIEBEGINN (JAHRE) 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
BEHANDLUNGSSORT										STADT UND GEMEINSCHAFT	
GESCHLECHT		Lokalisation des Primärtumors									
Larynx		zentral		Mamma		Niere					
Oesophagus		peripher		Uterus		Blase					
Magen		nicht nach bestrahlt		CORPUS		Prostata					
Rektum		Lymphsystem		Vag., Vulva, Ovar		Sonstige Lokal.					
Nähere Angaben über die sonstige Lokalisation											
Stadium		I II III IV		METASTASEN bei Beginn der Therapie des Primärtumors							
Histologie		b.A. ja nein		METASTASEN bei Beginn der Nachbehandlung							
Nähere Angaben zur Histologie											
BEHANDLUNGSART		Vorbestrahlung		Operation		Nachbestrahlung					
		Nur bestrahlt		Chemotherapie							
		1 2 3 4 5 6 7 8 9		10 20 JAHRE		Zeit zwischen Therapiebeginn und Anlegen des MB					
		1 2 3 4 5 6 7 8 9		10 20 MONATE		b.A. ja nein					
STATUS bei Anlegen des MB		Tumorfrei		Reizidiv		LOKALISATION		Lokal			
		Reizidiv fraglich						Regional			
		Reizidiv						Lymphabfluss			
		Verstorben						Fernmetastasen			
				Zahl der Reizidive		1 2 3 >3					
				TOD		TODESURSACHE		Ursache vom Alter bei Tode			
		1 2 3 4 5 6 7 8 9		10 20 JAHRE		Zeit zwischen Therapiebeginn und Tod		Reizidiv			
		1 2 3 4 5 6 7 8 9		10 20 MONATE							
ERGÄNZUNGEN											

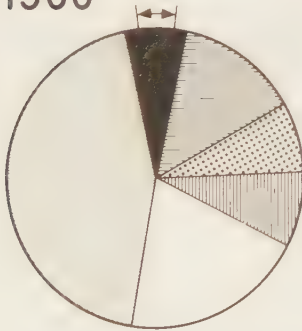
Abb. 2a

oder auch von den übrigen westberliner Krankenhäusern, wenn ein Charlottenburger in einem anderen Stadtteil behandelt wird.

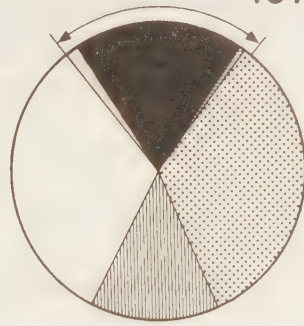
Nicht nur der steigende Anteil alter Menschen in Westberlin (1970: älter als 65 Jahre männliche Bevölkerung 15,5 %, weibliche Bevölkerung 25,7 %) bedingt eine Zunahme der Krebserkrankungen; verbesserte Voruntersuchungen einerseits und das Zurückgehen früher gravierenderer Erkrankungen (Tbc, Kinderkrankheiten) andererseits lassen die Krebsfälle einen größeren Raum sowohl in der Statistik der Krankheiten überhaupt als auch in der Todesursachen-Statistik einnehmen. s. Abb.

Die wichtigsten Todesursachen in Groß- bzw. West-Berlin

1900



1970



= unter 5 Jahren gestorben
(Kikra, Mißbildgn, Lebensschw)

= Krebs aller Lokalisationen

Tuberkulose aller Organe

= Herz- u. Kreislauferkrankungen

= Erkrankungen des ZNS
(einschl. Hirngefäßerkrankgn)

= Andere Todesursachen

= %-Anteil der über 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung

Die Auswertung des Karteikartenmaterials wurde nach folgenden Gesichtspunkten vorgenommen:

1. Struktur des gesamten Krankengutes bezüglich:

Altersverteilung	s. Abb. 4
Geschlecht	
Lokalisation	s. Abb. 5

2. Struktur der einzelnen Tumor-Lokalisationen bezüglich:

Altersverteilung	s. Abb. 6	Mamma - Ca
	s. Abb. 7	Uterus - Ca
Geschlecht		
Histologische Sicherung	s. Tab. 1	
Stadium (bei Collum-Carcinom)	" "	"
Ca-Vorkommen in der Familie	" "	"
Verschickungen	" "	"

3. Behandlungsverfahren

Operation	s. Tab. 1
Bestrahlung	" "
Bestrahlung und Operation	" "
Bestrahlung, Operation und Chemotherapie	" "

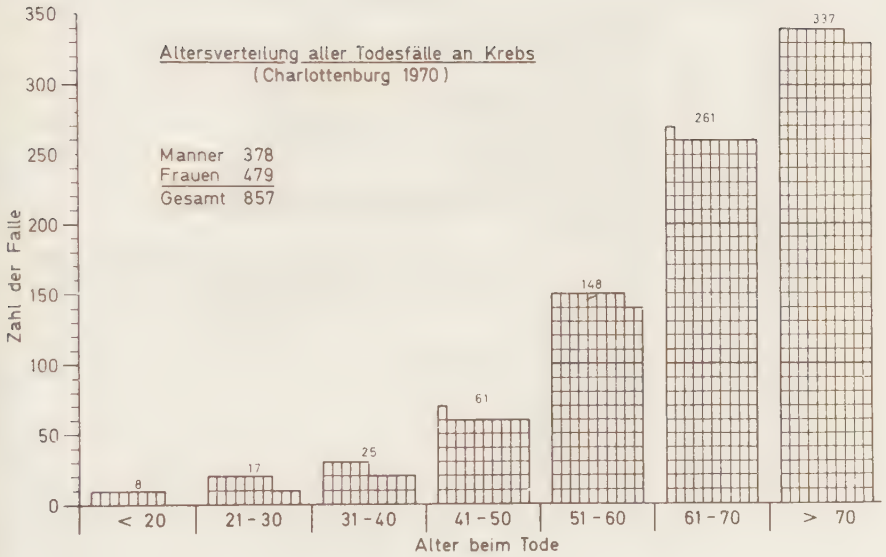


Abb. 4

Lokalisations- und Geschlechtsverteilung der erfassten Krebstodesfälle (Charlottenburg 1970)

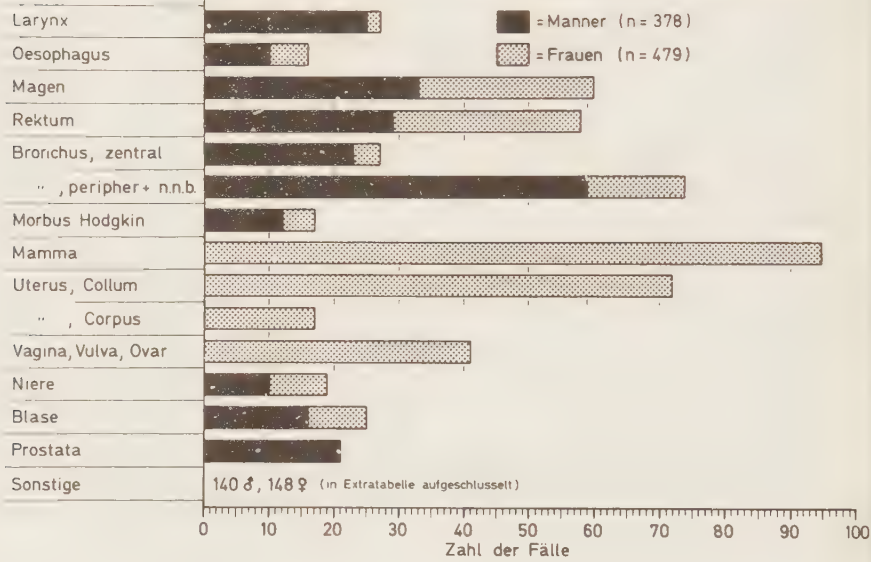


Abb. 5

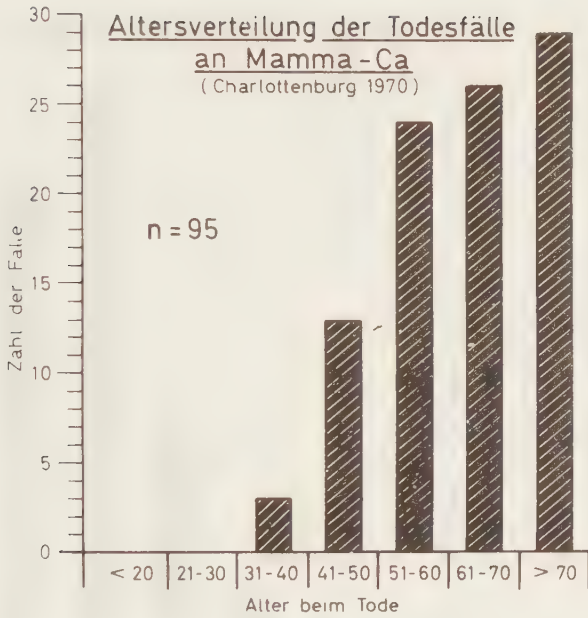


Abb. 6

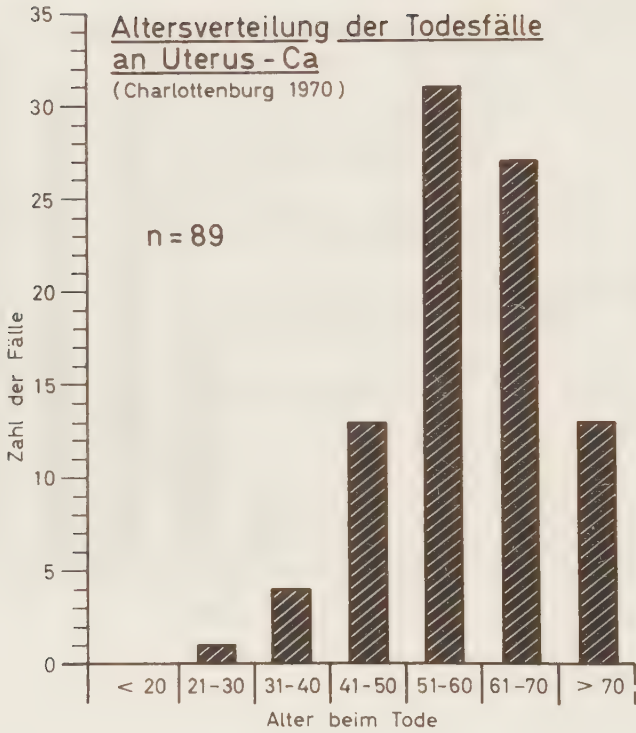


Abb. 7

Tabelle 1

Behandlungsverfahren für die einzelnen Lokalisationen
und das gesamte Krankengut (Verstorbene)

Fall- zahl	Lokalisation.	H	Op	⚡	Op+ ⚡	Komb. F	V	Chem.
27	Larynx	20	2	9	12	-	1	-
16	Ösophagus	7	-	8	1	-	-	-
60	Magen	18	19	1	1	-	1	5
58	Rektum	27	14	2	11	-	3	3
17	M. Hodgkin	15	-	7	-	9 ¹⁾	1	3
27	Bronchus zen- tral	22	1	20	1	-	3	1
74	Bronchus nicht näher gekenn- zeichnet	32	8	28	1	-	4	2
95	Mamma	58	6	14	60	17	5	11
72	Uterus collum	60	3	29	28	-	1	8
17	Uterus corpus	14	10	4	4	-	1	1
41	Vagina-Vulva- Ovar	29	10	10	5	-	1	3
19	Niere	8	-	5	7	1	1	2
25	Blase	17	-	9	10	-	-	1
21	Prostata	6	-	1	2	6 ²⁾	-	-
288	sonstige Loka- lisation	115	23	31	50	21)	3	4
857	Gesamt	448	96	178	193	35	25	44

Zeichenerklärung:

- 1) ⚡ + Chemotherapie
2) Op+ "

H Histologie
F Vorkommen in der Familie
V Verschickung

- für: a) gesamtes Krankengut
b) aufgeteilt nach den einzelnen
Lokalisationen

4. Verlauf - s. Tab. 2

Zweit-Ca
Rezidive

- für: a) gesamtes Krankengut
b) aufgeteilt nach den einzelnen
Lokalisationen

5. Überlebenszeit = Beobachtungsdauer s. Tab. 3

- a) gesamtes Krankengut
b) aufgeteilt nach den einzelnen
Lokalisationen

6. Aufteilung der Rubrik "sonstige Lokalisationen"
s. Tab. 4

7. Aufteilung der 5-Jahresgeheilten nach
Lokalisationen und Geschlecht s. Tab. 4a

8. Ergebnis der Arbeit in bezug auf:

- a) Patientenbetreuung
b) Erfassung von Krankheitsdaten in den
Karteikarten

Tabelle 2

Verlauf der Erkrankung für die einzelnen Lokalisationen
und das gesamte Krankengut (Verstorbene)

Fall- zahl	Lokalisation	Zweit-Ca	Rezidive	2-3 R.	3 R.
27	Larynx	4	8	-	-
16	Ösophagus	1	-	-	-
60	Magen	3	5	-	-
58	Rektum	2	5	3x3	-
17	M. Hodgkin	1	1	-	-
27	Bronchus zentral	-	7	-	-
74	Bronchus nicht näher gekennzeichnet	4	9	-	-
95	Mamma	9 ¹⁾	29	-	1
72	Uterus collum	6	25	-	-
17	Uterus corpus	1	3	-	-
41	Vagina-Vulva- Ovar	2	8	-	-
19	Niere	2	2	-	-
25	Blase	1	5	-	-
21	Prostata	-	1	-	-
288	sonstige Lokali- sation	6	27	9	1
857	Gesamt	33	135	18	2

Zeichenerklärung

- 1) Mamma-Ca beidseits
R Rezidiv

Tabelle 3

Überlebenszeit für die einzelnen Lokalisationen
und das gesamte Krankengut (Verstorbene) in Jahren

Fall- zahl	Lokalisation	1	1-2	2-4	4-5	5	10	o.A.
27	Larynx	5	6	5	4	5	2	-
16	Ösophagus	10	6	-	-	-	-	-
60	Magen	25	25	7	2	1	-	-
58	Rektum	21	21	8	6	2	-	-
17	M. Hodgkin	5	3	4	1	3	1	-
27	Bronchus zen- tral	11	11	2	-	2	1	-
74	Bronchus nicht näher gekenn- zeichnet	35	21	7	4	7	-	-
95	Mamma	15	30	18	5	20	7	-
72	Uterus collum	21	21	17	-	7	6	-
17	Uterus corpus	3	5	4	1	3	1	-
41	Vagina-Vulva- Ovar	14	16	6	2	3	-	-
19	Niere	5	6	4	4	-	-	-
25	Blase	12	8	2	2	1	-	-
21	Prostata	10	6	1	3	1	-	-
288	sonstige Loka- lisation	44	52	29	10	13	12	128
857	Gesamt	236	237	114	44	68	30	128

Zeichenerklärung

o.A. ohne Zeitangabe

Tabelle 4

Aufteilung der Rubrik "Sonstige Lokalisation"
nach Häufigkeit des Organbefalls

Lokalisation	Gesamt	Männer	Frauen
Darm (außer Rektum)	53	21	32
Verdacht auf bösarti- gen Tumor	34	14	20
Unbekannter Primär- tumor	28	11	17
Nervensystem	24	10	14
Blut (Weißes Blutbild, außer M. Hodgkin)	20	9	11
Leber	20	10	10
Haut	14	10	4
Galle und Gallengang	13	3	10
Pankreas	11	7	4
Hoden	9	9	-
Schilddrüse	9	1	8
Retothelsarkom ohne Organangabe	7	6	1
Melanom	6	3	3
Tonsille	6	5	1
Oberschenkelsarkom	4	1	3
Parotis	3	1	2
Penis	3	3	-
Plasmozytom	3	-	3
Zungengrund	3	2	1
Pancoast	2	2	-
Mundboden	2	2	-

Fortsetzung Tabelle 4

Lokalisation	Gesamt	Männer	Frauen
Oberkiefer	2	1	1
Neoplasma der Pleura	2	1	1
Sarkom des Auges	1	1	-
Epipharynx	1	1	-
Fibro-Myxosarkom des Oberarms	1	1	-
Gaumen	1	1	-
Hämangioendotheliom	1	1	-
Kieferhöhle	1	1	-
Mesopharynx	1	-	1
Pharynx	1	1	-
Sarkom im kleinen Becken	1	-	1
Submandibuläres Adenom	1	1	-
	288	140	148

Tabelle 4a

Aufteilung der 5-Jahresgeheilten nach Geschlecht
und Lokalisation

<u>Lokalisation</u>	<u>Gesamt</u>	<u>Männer</u>	<u>Frauen</u>
Uterus collum	34	-	34
Mamma	16	-	16
Uterus corpus	13	-	13
Larynx	13	11	2
Vulva-Vagina-Ovar	10	-	10
Bronchus nicht näher bezeichnet	5	5	-
Nervensystem	4	3	1
Niere	4	1	3
Rektum	4	3	1
Haut	3	-	3
Darm (außer Rektum)	2	-	2
Melanom	2	-	2
Pharynx	2	2	-
Schilddrüse	2	2	-
Epipharynx	1	1	-
Oberkiefer	1	-	1
Unterkiefer	1	1	-
Nasenboden	1	-	1
Parotis	1	-	1
Plasmocytom	1	1	-
Prostata	1	1	-
Retothelsarkom ohne Organangabe	1	1	-
Sarkom im Nacken	1	1	-
Tonsille	1	1	-
Unbekannter Primärtumor	1	1	-
Ureter	1	1	-
Zunge	1	-	1
Gesamt	127	36	91

VI

Ergebnis der Arbeit in bezug auf die Patientenbetreuung und die Erfassung von Krankheitsdaten in den Karteikarten

Die eigentliche fürsorgerische Arbeit, Erfassung und Betreuung der Patienten, hat sich als gut erwiesen. Der direkte Kontakt zwischen Fürsorgerin und Patient, sei es durch Hausbesuch der Fürsorgerin, Besuch des Patienten in der nachgehenden Geschwulstfürsorge oder der briefliche Kontakt, vermittelt eine genaue Kenntnis des Allgemeinzustandes sowie der häuslichen Probleme des Krebskranken. In vielen Fällen bedeutet dieser Kontakt zur Fürsorgerin die einzige zwischenmenschliche Beziehung der oftmals alleinstehenden Patienten. Die Kontrolle der ärztlich festgesetzten und regelmäßig zu erfolgenden Nachuntersuchungen ermöglicht dem Krebskranken durch rechtzeitiges Erkennen von Rezidiven und/oder Metastasen und deren fachärztlicher Behandlung die Lebensdauer nicht nur zu verlängern, sondern auch lebenswert zu gestalten. Hier sind vor allem die Genesungskuren von Bedeutung, bei denen gezielte Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden.

Der zur Beantwortung von bestimmten Fragen in den Karteikarten zu gering bemessene Raum einerseits und die oft fehlenden oder ungenauen Angaben andererseits sind Ursache dafür, daß eine zuverlässige Statistik, die sich allein auf diese Angaben stützen müßte, in einigen wichtigen Punkten nicht möglich ist. (Raummangel bei: Beruf, daher meist stereotype Eintragung "Rentner"

und nicht der erlernte oder ehemals ausgeübte Beruf; bei Rezidiven, Metastasen, bei der Todesursache. Fehlende oder ungenaue Angaben finden sich am meisten ebenfalls in diesen Rubriken.) So wäre z.B. eine genaue Todesursachenstatistik, die Beurteilung des jeweiligen Carcinoms nach Metastasierungstyp und Rezidivneigung ausgeschlossen.

Es erscheint daher zweckmäßig und bei dem heutigen Stand der Betriebsorganisation auch vertretbar, eine Verbesserung der täglichen Datenerfassung anzuregen, um bei der guten Struktur der nachgehenden Geschwulstfürsorge eine stärkere Aussagekraft der geführten Karteien und gleichzeitig auch eine höhere Effizienz der gesamten Einrichtung zu erreichen.

Dieses Problem könnte anhand von speziellen, noch zu erarbeitenden und alle bösartigen Neubildungen erfassenden Markierungsbögen, die an die Stelle der jetzt gebräuchlichen Karteikarten treten müßten, gelöst werden. Neben der Vereinfachung für die Fürsorgerin ergäbe sich damit die Möglichkeit, im Bedarfsfall den Anschluß an eine EDV-Anlage herzustellen und somit Analysen auf fundierter Datenbasis durchzuführen.

VI.

Zusammenfassung

Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte der nachgehenden Geschwulstfürsorge und die damit verbundene Gesetzgebung wurde in dem vorliegenden Bericht auf Einzelheiten aus dem Arbeitsgebiet dieser Fürsorgeeinrichtung in dem westberliner Bezirk Charlottenburg eingegangen.

Es wurden die Erfassung und Betreuung der an Krebs Erkrankten erläutert und die tägliche Arbeit der Fürsorgerinnen vorgestellt.

Daran schloß sich eine Aufzählung aller in der nachgehenden Geschwulstfürsorge Charlottenburg geführten Karteien sowie Zahlenangaben über die wichtigsten Meldungen des Jahres 1970, die vierteljährlich dem Senat eingereicht werden, an.

Das Schicksal von 857 Verstorbenen und 127 5-Jahresgeheilten wurde anhand eines Markierungsbogens, der sich auf die Angaben der Karteikarten der Geschwulstfürsorge stützte, nach Behandlung, Verlauf und Überlebenszeit unter Zuhilfenahme einer EDV-Anlage analysiert.

Als Ergebnis dieser Arbeit wurde festgestellt, daß die Patientenbetreuung durch die nachgehende Geschwulstfürsorge als gut anzusehen ist. Dringend erforderlich jedoch wären ausführlichere Angaben in den Karteikarten, um eine möglichst detaillierte Kenntnis des Schicksals der Krebskranken erlangen zu können.

LITERATURVERZEICHNIS

- (1) Auler, H. Über die Krebsbekämpfung in Deutschland.
M Schr. f. Krebsbekämpfung, 7, H. 1, 1-16, (1939)
J.-F. Lehmanns-Verlag
München - Berlin
- (2) Bartsch, W. Beobachtungen und Erfahrungen bei der Nachkurbehandlung von Geschwulstkranken.
Arge XII, H. 6, 49-52, (1964)
- (3) Bauer, K.H. Wert der sogenannten "Krebsnachkur" für radikal operierte Kranke.
Arge XII, H. 11, 7-13, (1969)
- (4) Bauer, K.H. Zum Gesamtproblem der Rehabilitation von Krebskranken.
Zschr. für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete.
XV, H. 1, 56-57, (1969)
- (5) Cameron, Ch.S. Die Wahrheit über Krebs.
Econ-Verlag-GmbH Düsseldorf 1956
- (6) Cyran, W. Die Veränderungen in der Krebshäufigkeit und ihre Folgen für das öffentliche Gesundheitswesen.
Deutsche Gesundheitspolitik, H. 2, 84-92, (1959)
- (7) Eger Die ambulante ärztliche Nachsorge als wesentlicher Bestandteil der "Streckenrehabilitation" inkurabler Kranker.
Zschr.f.d. gesamte Hygiene, XV, H. 1, 80-83, (1969)
- (8) Elmendorf, H.V. Todesursachen bei Karzinompatienten nach 5-Jahresheilungen.
Münch.med.Wschr., 111, H. 18, 1027-1031, (1969)

- (9) Flaskamp, W. Die Krebskrankheit.
Goldmanns gelbe Taschenbücher
Bd. 1685, (1966)
- (10) Flaskamp, W. Die Organisation der Krebs-
bekämpfung in Nordrhein - West-
falen.
Aus: Probleme der Krebsbe-
kämpfung. Landesausschuß Berlin
für Krebsbekämpfung e.V., S.26-46,
Zusammenstellung von Vorträgen
am 8./9. Februar 1964 in der
Kongreßhalle Berlin
- (11) Friederichs, H. Recht auf Rehabilitation.
Der medizinische Sachverständige
65, S. 73, (1969)
- (12) Gehrke, W. Versicherungsrechtliche Fragen
bei Krebskranken.
Aus: Kampf dem Krebs, Welt-
gesundheitstag 1970, Bundesver-
einigung für Gesundheitserziehung
e.V., S. 119-135
- (13) Griesser, G. Notwendigkeit und Organisation
Ehlers, C.Th. der Krebsnachsorge.
Schattauer-Verlag Stuttgart 1966,
S. 385-393
- (14) Herberger, W. Die Rolle psychosozialer Faktoren
im Rahmen der Rehabilitation
Geschwulstkranker.
Zschr.f.d. gesamte Hygiene und
ihre Grenzgebiete
XV, H. 1, 67-72, (1969)
- (15) Heyde, W. Erfahrungen mit Nach- und Festi-
gungskuren bei krebskranken
Frauen.
Aus: Krebsforschung und Krebsbe-
kämpfung, Bd. 6, 477-483, (1967)
Urban & Schwarzenberg
- (16) Heyde, W. Rehabilitation Krebskranker, eine
neue Aufgabe der Beschäftigungs-
therapie.
Zschr. Beschäftigungs-Therapie, 4,
2-4, (Dez. 1970)

- (17) Heyde, W. Rehabilitation Krebskranker.
Münch.med.Wschr. 112, H. 3,
115-119, (1970)
- (18) Heyde, W. Nachfürsorge von Kranken mit
bösartigen Tumoren.
Hamburger Ärzteblatt 24, H. 1,
25-27, (1970)
- (19) Heyde, W. Rehabilitation, Lehmrade bei
Mölln.
Rehabilitation 8, H. 4, 240-241,
(1969)
- (20) Heyde, W. Medizinische und berufliche
Rehabilitation Krebskranker.
Aus: Kampf dem Krebs, Weltge-
sundheitstag 1970, Bundesver-
einigung für Gesundheitserzie-
hung, S. 117-118
- (21) Humperdinck Erfahrungen mit der Nachbe-
handlung von Krebskranken in
Kurheimen.
Arge, H. 1, 5-11, (April 1960)
- (22) Jungmann, G. Die gesellschaftspolitische
Bedeutung der Rehabilitation.
Zschr.f.angewandte Psych. Klima-
heilkunde 15, S. 51, (1968)
- (23) Liebing, H. Gesetzliche Möglichkeiten der
wirtschaftlichen Sicherung Krebs-
kranker in der Sozialversicherung.
Aus: Krebsforschung und Krebsbe-
kämpfung, Bd. 6, 428-433, (1967)
Urban & Schwarzenberg
- (24) Maier, E. Zentrale Krebsbekämpfung.
Mschr.f.Krebsbekämpfung, 7, H. 9,
243-249, (1939)
- (25) Meyer, C. Nachgehende Krebsfürsorge.
Aus: Die fürsorgerische und organi-
satorische Krebsbekämpfung in
Berlin (1945-1952), S. 5

- (26) Orda, K.H. Die wirtschaftliche Betreuung der Krebskranken in der Bundesrepublik. Österreichische Zschr.f.Krebsforschung, 26, H. 3, 153-169, (1971)
- (27) Renthe-Fink, v. Barbara Geschwulstberatungsstellen der VAB. "Sozialarbeit" 1, H. 3, S. 122, (1951)
- (28) Renthe-Fink, v. Barbara Aus der Arbeit der Krebs- und Geschwulstberatungsstellen der KVAB. Die Ortskrankenkasse, 36, H. 16, S. 360, (1954)
- (29) Renthe-Fink, v. Barbara Krebsberatung in der Großstadt. "Neues Beginnen", H. 5, S. 69, (1957)
- (30) Renthe-Fink, v. Barbara Zur Weiterentwicklung der Krebsbekämpfung. "Neues Beginnen", H. 1. S. 5 (1959)
- (31) Renthe-Fink, v. Barbara Zur Organisation der Krebsbekämpfung. Gesundheitspolitik 2, H. 2, S. 87, (1960)
- (32) Renthe-Fink, v. Barbara Gesundheitsämter und BSHG. Der öffentliche Gesundheitsdienst 24, H. 6, S. 230, (1962)
- (33) Renthe-Fink, V.B. Mattheis, R. Zum Bundessozialhilfegesetz. Fortschritte der Medizin 81, H. 9, S. 343, (1963)
- (34) Renthe-Fink, v. Barbara Krebsbekämpfung in Berlin. Broschüre anlässlich der Wochenendtagung in Berlin 1964.
- (35) Renthe-Fink, v. Barbara Eindrücke vom 9. Internationalen Krebsskongress in Tokio. Berliner Ärzteblatt 79, H. 24, 1392-1393, (1966)

- (36) Ries, J. Zur Nachbehandlung bei Krebskranken.
Aus: Kampf dem Krebs. Früherkennung rettet Leben. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. Weltgesundheitsstag 1970, S. 105-111
- (37) Schumann, E. Zur Problematik der Rehabilitierbarkeit von Krebskranken. Zschr.f.d. gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete, XV, H. 1, 55-56, (1969)
- (38) Träger, F. Zur Betreuung von Patienten mit Mamma-Karzinom. Medizinische Welt 21, H. 13, 555-559, (1970)
- (39) Trüb, C.L.
Humperdinck, C. Die Ergebnisse einer katamnestischen, morbiditäts- und mortalitäts-statistischen Erhebung über Nachkuren (Genesungskuren) bei bösartigen Neubildungen in den Jahren 1956-1958 durch die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen, Bochum. Dez. 1966, H. 8, 97-155.
- (40) Trüb, C.L. Ergebnisse statistischer Erhebungen über die Überlebens- und Todesquote, über Rentenbezieher und Berufe bei Kranken mit bösartigen Neubildungen aus der Nachkurperiode 1959/1960. Aus: Kampf dem Krebs, H. 11, 93-124, (Oktober 1969)
- (41) Trüb, C.L. Fürsorge und Nachbehandlung bei Krebskranken unter Berücksichtigung der Ernährung. Aus: Probleme der Krebsbekämpfung. Landesausschuß Berlin für Krebsbekämpfung e.V. S. 47-58
Zusammenstellung von Vorträgen am 8./9. Februar 1964 in der Kongresshalle Berlin

- (42) Trüb, C.L. Kurstatistischer Bericht über die bei Kranken mit bösartigen Neubildungen durch die "Arge" durchgeführten Genesungskuren (1.1.1964 - 31.3.1966)
Arge, H. 12, 101-309, (Dezember 1970)
- (43) Trüb, C.L. Maßnahmen zur Rehabilitation Kranker mit bösartigen Neubildungen.
Therapie der Gegenwart, 109, H. 3, 352-371, (1970)
- (44) Wickert, H. Organisationen und Medien im Dienste der Krebsbekämpfung. Informationsdienst, H. 34, 51-54, (1970)
- (45) Krebsbekämpfung.
Bericht über Krebsbekämpfungsaktionen des Landesgesundheitsamtes Berlin 7.5.-7.6.1950
Berliner Gesundheitsblatt
- (46) Krebsbekämpfung.
Berliner Gesundheitsblatt 13, H. 7, 90/91, (1970)
- (47) Erläuterungen zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3.7.1934 mit 3 Durchführungsverordnungen von 1935. Der öffentliche Gesundheitsdienst, Carl-Heymanns-Verlag Berlin 1939
- (48) Krebsnachsorge in Bayern. Ärztliche Praxis, 22, H. 45, S. 2881, (1970)
- (49) Unterlagen vom Senator für Gesundheit und Umweltschutz

Herrn Prof. Dr. med. Heinz Oeser danke ich für die Überlassung des Themas zu dieser Arbeit sowie für die unermüdliche und freundliche Unterstützung.

Gleichzeitig danke ich der Fürsorgerin im Gesundheitsamt Charlottenburg, Frau Grimm, Frau Noxon in der EDV - Abteilung des Klinikum Steglitz und Herrn Rach, ebenfalls im Klinikum Steglitz, der mir bei den graphischen Darstellungen behilflich war.

Lebenslauf

21.10.1942	in Berlin - Lichterfelde geboren
1948 - 1956	Besuch der Grundschule in Berlin - Lichtenberg
1956 - 1960	Neusprachlicher Zweig der Franz - Mehring - Oberschule in Berlin - Lichtenberg
1960	Abitur an dieser Schule
1960/1961	Praktisches Jahr auf einer Internen Frauenstation des Oskar - Ziethen - Krankenhauses in Berlin - Lichtenberg
1961 - 1965	Studium der Medizin an der Humboldt - Universität Berlin
1962	Vorphysikum
1964	Physikum
1965/1966	Haft in Berlin - Pankow wegen miß- glückten Fluchtversuches in die Bundesrepublik
1967 - 1970	Fortsetzung des Medizinstudiums an der Freien Universität Berlin
1970	Staatsexamen
1970/1971	Medizinalassistentenjahr
z.Zt.	im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätig

